

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
연례 평가 면접 통지서  
Client Notification of Annual Assessment Meeting

수혜자/의뢰인 이름 및 주소

수혜자/의뢰인 대리인의 이름 및 주소

수신인:

귀하는 현재 발달장애부(DDD)를 통해 서비스를 받고 있습니다. DDD 로부터 서비스를 계속 받으시려면 현재 필요로 하는 지원과 서비스 등급 결정에 필요한 연례 평가를 받을 필요가 있습니다.

이제 이 연례 평가를 실시할 때가 되었습니다.

- 귀하를 만나려고 평가를 위한 시간을 정할 수 있도록 제게 연락주시기 바랍니다.
- 평가를 하기 위한 면담 일정을 위해 연락을 드리겠습니다.
- 귀하의 말씀에 따라 평가를 위한 면접 일정은 , 입니다.

평가를 위한 인터뷰는 귀하의 집에서 수행될 것이며 최소한 귀하의 일상 생활에 관련이 있는 다른 한 사람을 참석시켜야 합니다. 다른 사람을 참석시키는 이유는 귀하에 대한 평가를 정확하고 완벽하게 수행하고 반드시 승인된 서비스를 받으시도록 하기 위한 것입니다. 그리고 귀하의 간병인(들)이 이 평가 인터뷰에 참석할 수 없거나 귀하가 그 간병인을 참석시키지 않기로 결정할 경우 제가 그들에게 문의하여 무슨 서비스를 제공하고 있는지 확인해야 할 수도 있습니다.

서비스는 언제든지 신청할 수 있지만 제게 별도로 요청하실 사항이 있으시면 귀하의 연례 평가 면접 때 말씀해 주십시오. DDD 서비스에 관한 추가 정보를 이 서신에 동봉하였으니 검토하시기 바랍니다.

그리고 “Assessment Preparation/Client Checklist(평가 준비/수혜자 점검표)”도 동봉했습니다. 저와 만나 면접을 하기 전에 이 점검표를 작성해 주십시오. 그러면 귀택에서 수행될 면접시간을 줄일 수가 있습니다.

질문이 있거나 문제가 있으면 제게 전화하시기 바랍니다.

감사합니다.

---

케이스 매니저/사회복지사 이름

전화번호

이메일 주소

동봉자료: DDD Brochure(DDD 22-722X)  
HCBS Waiver Brochure (DDD 22-605),  
Road Map to Services Brochure (DSHS 22-822)  
Waiver Fact Sheet (웨이버 수혜자만 해당)  
Assessment Fact Sheet (DDD 22-1173)  
Assessment Preparation/Client Checklist

사본: 수혜자(의뢰인) 파일  
NSA 담당자

## **Instructions for Notification of Annual Assessment Meeting**

### **When do I use this form?**

You use this form to notify the client and the client's legal guardian or representative of the upcoming assessment meeting at least 60 days prior to the end of the plan period.

### **How do I proceed if the client, legal guardian or client representative does not respond?**

If you do not get a response within 15 days from the date the letter was mailed, call the client and/or their identified representative.

If you cannot reach the client or representative by telephone or get no response to your telephone messages, see Policy 5.02.